



Tittel: Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med cancer testis på sykehus?

Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?

<http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=559909d9d5e4c99f5f380290c547647f>

(Sett kryss)

| | |
|----------|-------------------------------|
| x | JA, jeg tillater |
| | NEI, jeg tillater ikke |

Dato for innlevering: 06.03.2015

Kandidat nr: 147

Kull: 183

Antall ord: 10 058

Veileder: Anne Øverlie

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----------|
| 1. INNLEDNING | S. 1-3 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA..... | S. 1 |
| 1.2 PROBLEMSTILLING..... | S. 1 |
| 1.3 OPPGAVENS HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIGE RELEVANS..... | S. 1 |
| 1.4 OPPGAVENS AVGRENŚING..... | S. 2 |
| 1.5 BEGREPSAVKLARINGER..... | S. 2 |
| 1.6 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING..... | S. 3 |
| 2. METODE | S. 4-10 |
| 2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE | S. 4 |
| 2.2 LITTERATUR, SØK OG FUNN..... | S. 4-6 |
| 2.2.1 VALGTE FAG- OG FORSKNINGSARTIKLER..... | S. 6-7 |
| 2.3 KILDEKRITIKK..... | S. 8-10 |
| 3. TEORI | S. 11-21 |
| 3.1 KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI..... | S. 11-12 |
| 3.2 FAG – OG FORSKNINGSARTIKLER..... | S. 12-14 |
| 3.2.1 A CHALLENGE TO TARGET INFORMATION- SIDE EFFECTS FROM CANCER..... | S. 12 |
| 3.2.2 UNGE MEG KRÆFT KALDER PÅ EN SÆRLIG OPMERKSOMHED..... | S. 12-13 |
| 3.2.3 GONADAL FUNKSJON ETTER KREFTBEHANDLING HOS VOKSNE MENN..... | S. 13 |
| 3.2.4 FERTILITETSBEVARENDE TILTAK HOS UNGE MENN MED KREFT..... | S. 13 |
| 3.2.5 KOMPETANCEUDVIKLING AF SYGEPLEJE TIL KRÆFTPATIENTER..... | S. 13-14 |
| 3.3 GENERELT OM KREFT..... | S. 14 |
| 3.4 HVEM ER DEN KREFTSYKE PASIENTEN..... | S. 15 |
| 3.4.1 OMSORG OG TRYGGHET..... | S. 15-16 |
| 3.4.2 TAP AV IDENTITET/BODY IMAGE | S. 16-17 |
| 3.4.3 KREFTPASIENTERS SEKSUALITET..... | S. 17-18 |
| 3.4.4 INFORMASJON, KOMMUNIKASJON OG RELASJON..... | S. 18-19 |

| | |
|---|---------------------|
| 3.4.5 HÅP..... | S. 19 |
| 3.4.6 LIVET PÅ VENT OG FREMTIDEN..... | S. 20 |
| 3.5 SYKEPLEIERENS HOLDNINGER/VERDIER, ETIKK..... | S. 21 |
| 4. DRØFTING..... | S. 22-29 |
| 4.1 Å VÆRE UNG KREFTSYK PASIENT..... | S. 22-23 |
| 4.2 OMSORG OG TRYGGHET..... | S. 23-24 |
| 4.3 HÅP, KOMMUNIKASJON OG RELASJON..... | S. 24-26 |
| 4.4 SEKSUALITET, TAP AV IDENTITET OG SELVBILDE..... | S. 26-28 |
| 4.5 FREMTIDEN..... | S. 28-29 |
| 5. KONKLUSJON..... | S. 30 |
| REFERANSELISTE..... | S. 31-33 |
| VEDLEGG 1..... | S. 34 |

1. INNLEDNING

Innledningsvis vil jeg ta for meg bakgrunn for valg av tema, problemstilling og oppgavens hensikt. Sentrale begrep blir definert og det forekommer en oversikt over oppgavens videre innhold og oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har gjennom sykepleierutdanningen møtt mange kreftsyke mennesker, både yngre og eldre. Møtet med disse menneskene har gjort et inntrykk på meg, personlig og faglig. Å møte mennesker i krise er krevende og utfordrende, men det er også spennende og lærerikt. Som sykepleier er jeg opptatt av å kunne ha best mulig forutsetning for å møte kreftsyke pasienter, og jeg er opptatt av at kreftsyke pasienter skal oppleve et trygt møte med helsevesenet i en vanskelig situasjon. Jeg har sett betydningen for pasienter av å bli lyttet til og ivaretatt. Som sykepleierstudent har jeg erfart gjennom de ulike praksisene at det kan være små faktorer som er avgjørende for å formidle omsorg og trygghet, herunder ivaretagelse. Jeg ønsker å skrive en oppgave som kan belyse hvilke faktorer dette eventuelt er.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med cancer testis på sykehus?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

Hensikten med oppgaven er å tydeliggjøre hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med cancer testis under behandling på sykehus. Sykepleier trenger oppdatert kompetanse til og ivareta kreftsyke pasienter, basert på gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Jeg ønsket dermed å fordype meg i hva som er viktig for gi god omsorg til kreftsyke pasienter, i dette tilfelle pasienter med cancer testis. Sykepleier har mulighet til å utgjøre en forskjell i et

behandlingsforløp ved å bidra til at pasienten føler seg forstått, sett, hørt og inkludert. Sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

1.4 Oppgavens avgrensning

Case: Se vedlegg 1.

- Hensikten ved å bruke case i oppgaven er å sørge for at det blir virkelighetsnært. Det vedlagte caset avgrenser til spesifikk kreftdiagnose med kurativ hensikt, alder og hvilken type behandling.
- Jeg har valgt å ikke trekke inn pårørende eller partners rolle ved kreftsykdom. Deres rolle og ivaretagelse av de er av stor betydning, men hovedfokuset i oppgaven er ivaretagelse av den kreftsyke.
- Jeg har valgt å ikke skrive om smerter og åndelige/eksistensielle behov da det vil være for omfattende temaer å ha med med tanke på oppgavens begrensning.
- Jeg har valgt å ikke trekke inn tverrfaglig samarbeid selv om jeg vet at det er nødvendig for å sikre et helhetlig pasientforløp. Jeg ønsker å fokusere på hva sykepleier alene kan bidra med for at kreftpasienter skal føle seg ivaretatt på sykehus.

1.5 Begrepsavklaringer

Pasient:

En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999).

Heteronormativitet:

Begrepet betegner den sosiale normen og institusjonaliserte antakelsen om at alle mennesker i utgangspunktet er heteroseksuelle (Ingstad, 2013).

1.6 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven er inndelt i metode, teori, drøfting og konklusjon. Videre i oppgaven gjør jeg rede for hvordan jeg har gått frem for å finne forskning og litteratur, hvilke databaser og søkeord som er blitt benyttet, samt kort innføring i valgte artikler og kildekritikk. I teorien blir Kari Martinsens omsorgsteori presentert, og annen relevant sykepleiefaglig litteratur og forskning. I kapittel fire vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med cancer testis på sykehus, begrunnet i forskning, litteratur og sykepleieteori. Avslutningsvis fremkommer det en oppsummering i kapittel 5.

2. METODE

Oppgaven er et litteraturstudium som er et krav fra høyskolen. I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å innhente aktuell litteratur og forskning. Jeg vil oppgi hvilke databaser og søkeord jeg har brukt, og til slutt vil det foreligge kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudium som metode gjør at en kommer frem til kunnskap som vil belyse problemstillingen. Litteraturstudiens fordeler er at man ofte finner relevant og gode kilder. Man gjør dette ved å søke systematisk, er kritisk og sammenligner litteraturen som allerede eksisterer. Ved slike søk vil man kunne finne et bredt spekter av aktuell litteratur (Dalland, 2012).

Vilhelm Aubert forklarer metode slik ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Dalland, 2012, s.111). Metoden sier noe om hvordan vi skal jobbe for å fremskaffe kunnskap samtidig som metoden bidrar til å komme frem til det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2012).

Oppgavens teori er i stor grad basert på kvalitativ litteratur, i tillegg til kvantitativ litteratur som gir oss en bedre forståelse av hvordan grupper, enkeltmennesket, samfunnet og institusjoner samhandler og handler (Dalland, 2012).

2.2 Litteratur, søk og funn

For å finne frem til selvvalgt litteratur har jeg benyttet meg av skolens bibliotek da utvalget der var dekkende. Bibliotekarene har vært en ressurs og bidratt i søket av forskningsartikler.

Jeg har tilstrebet å bruke litteratur av nyere dato, henholdsvis fra 2008-2013 og ingen eldre enn 2002. Flere av forfatterne har mange års erfaring innenfor fagfeltet og jeg velger derfor å stole på at kunnskapen er faglig god og oppdatert hos samtlige. Jeg mener at forskningen som

er brukt og litteraturen er tilstrekkelig oppdatert. Forskningen jeg har benyttet er hovedsakelig skandinavisk, og er lett overførbar.

Jeg har valgt Kari Martinsens ”omsorgsteori” (2009). Boken er primærlitteratur og er ikke tolket av andre. Hennes syn på menneskers relasjon, sykepleiens fundament, utøvelse av skjønn, tillit og forståelse av andres situasjon er relevant for mitt emne og vil bidra til å få frem det jeg ønsker å vektlegge i oppgaven.

Jeg startet prosessen med å søke etter forskning etter at jeg hadde funnet annen litteratur jeg ønsket å bruke. Forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven er av nyere dato, ingen eldre enn fra 2011. Det har vært et bevisst valg å tilstrebe å finne nyere forskning slik at oppgaven er basert på oppdaterte studier. Jeg har sett på holdbarhet, gyldighet og relevans for det jeg ønsker å belyse i min oppgave når jeg har valgt artikler og litteratur. All litteratur er med på å belyse problemstillingen samtidig som de bidrar til refleksjon på flere områder og til å rette et kritisk blikk. De fleste kildene gir et bredt bilde og har som hensikt å opplyse og informere. Uavhengige eksperter har kvalitetsvurdert artiklene før de er utgitt og forfatterens kvalifikasjoner som utdanning er oppgitt. Artiklene er også hentet fra helsebibliotekets databaser og jeg stoler derfor på at det er pålitelig og kvalitetsvurdert før publisering.

Jeg har benyttet meg av databasen SweMed+ hvor jeg kombinerte søkeordene ”cancer” og ”information” og søkte med AND. Det ga meg 281 treff. Herfra huket jeg av på engelske artikler som resulterte i 17 treff og artikkelen ”Living with side effects from cancer treatment- a challenge to target information” (Pedersen, Kjøttved & Nielsen, 2013).

Jeg fortsatte søket i databasen SweMed+ ved å kombinere søkeordene ”cancer” og ”nursing” og søkte med AND. Søket ga meg 309 treff. På bakgrunn av tidligere randomiserte søk oppdaget jeg at det fantes mange danske artikler som var relevante for min oppgave. Jeg valgte derfor å navigere meg inn på danske artikler og fikk 80 treff. Herfra måtte jeg gjennom en del sider for å kunne finne en artikkel som var relevant og fant ”Unge mennesker med kreft kalder på en særlig oppmerksomhet” (Hazelton, 2008). Da artikkelen ikke ville åpnes i databasen SweMed+ ble jeg nødt for å søke den opp i Google og fikk åpnet den i full HTML-versjon derfra.

Videre i prosessen brukte jeg søkeordene "cancer" og "testis" og søkte med AND. Det ga meg 27 treff i SweMed+. Herfra fant jeg oversiktssartikkelen "Gonadal funksjon etter kreftbehandling hos voksne menn" (Kiserud, Magelssen, Fedorcsak & Fosså, 2008).

Jeg kombinerte søkeordene "fertilitet" og "kreft" og søkte med AND. Søket ga meg 16 treff. For å finne denne artikkelen søkte jeg i databasen SweMed+. Utfra disse treffene valgte jeg oversiktsartikkelen "Fertilitetsbevarende tiltak hos gutter og unge menn med kreft" (Stensvold, Magelssen & Oskam, 2011).

I tillegg til forskningsartiklene har jeg valgt å benytte en fagartikkel som bidrar til å belyse min problemstilling ytterligere. For å finne denne artikkelen søkte jeg i SweMed+. Her brukte jeg søkeordene "menn" og "kommunikasjon" og søkte med AND. Dette ga meg 25 treff. Videre huket jeg av for danske artikler på bakgrunn av randomiserte søk som nevnt tidligere og fikk 5 treff. Valgte utfra disse treffene fagartikkelen "Kompetenceudvikling af sygepleje til mandlige kræftpatienter" (Madsen & Vahr, 2011).

2.2.1 Valgte fag og forskningsartikler

"Living with side effects from cancer treatment- a challenge to target information" er en dansk kvalitativ forskningsstudie fra 2012 hvor hensikten var å sikre at pasienter fikk målrettet informasjon om bivirkninger av behandling. Datainnsamlingen omfattet individuelle intervjuer på 45-75 minutter med 9 pasienter (Pedersen et al., 2013). Intervjuene ble gjennomført i pasientenes hjem 1-2 måneder etter behandling. Pasientene varierte i kjønn, alder og diagnoser. Pasienter med psykiatriske diagnoser, tidligere kreftdiagnose, hjernetumor, hjernemetastaser og pasienter som ikke forstod eller snakket dansk ble ekskludert fra studien. Anonymitet ble sikret ved at deltakernes navn ble byttet ut med nummer (Pedersen et al., 2013). Formålet med studien var å undersøke pasienters erfaringer med å håndtere bivirkninger i hverdagslivet fra stråle og cytostatikabehandling samt informasjonen som ble gitt tidligere fra helsepersonell for å takle disse bivirkningene (Pedersen et al., 2013).

"Unge med kræft kalder på en særlig opmærksomhed" er en av flere artikler som til sammen utgjør et praksisforskningsprosjekt (Hazelton, 2008). Hensikten med den kvalitative

forskningen har vært å belyse og fremheve hvilke utfordringer unge med kreft står ovenfor, og om de er en oversett gruppe. Artikkelen bygger på allerede eksisterende litteratur, refleksjon fra andre unge mennesker med alvorlig kreftsykdom og email korrespondanse med en 32 år gammel kreftsyk kvinne. Bakgrunnen for forskningen var at leder av prosjektet med andre forskere opplever at det er lite litteratur om emnet (Hazelton, 2008).

”Gonadal funksjon etter kreftbehandling hos voksne menn” er en oversiktsartikkel basert på ikke-systematiske litteratursøk i PubMed og klinisk erfaring (Kiserud et al., 2008). Målet med studien var å vise at kjemoterapi, strålebehandling og kirurgi kan medføre redusert gonadal funksjon hos mannlige kreftpasienter (Kiserud et al., 2008).

”Fertilitetsbevarende tiltak hos gutter og unge menn med kreft” er en oversiktsartikkel publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening. Artikkelen er bygd på litteratursøk i databasene Medline, PubMed og Scopus samt erfaringer fra et nordisk faglig nettverkssamarbeid (Stensvold et al., 2011). Formålet med artikkelen var å gi en oversikt over infertilitetsrisiko hos unge menn med kreft og aktuelle fertilitetsbevarende tiltak.

Fagartikkelen ”Kompetenceudvikling af sygepleje til mandlige kræftpatienter” ble skrevet på grunnlag av undervisningsprosjektet ”Den mandlige patient i teori og praksis. Forstå og kommuniker med den mandlige kræftpatient” (Madsen & Vahr, 2011). Formålet med prosjektet har vært å utvikle et undervisningsprogram og de kommunikative ferdighetene til sykepleiere som jobber spesifikt med mannlige kreftpasienter. Gjennom utprøvelse av personalet, evaluering og måling har de utviklet programmet. Programmet ble gjennomført med fire undervisningsdager i perioden januar-mars 2010. Deltakerne var 20 sykepleiere fra Rigshospitalets urologiske klinik i København (Madsen & Vahr, 2011). Det ble gjennomført evalueringer til slutt som bestod av spørreskjema til pasienter før kurset og tre måneder etter, samt evalueringsskjema til sykepleierne etter undervisningen. Fokusgruppeintervju ble også gjennomført med sykepleierne tre måneder etter kurset var avsluttet. Deltakerne var tilfeldig utvalgt av de 20 sykepleierne som deltok. Det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode.

2.3 Kildekritikk

Det har vært utfordrende å finne forskningsartikler og det har tatt mye tid. Det fantes flere relevante fagartikler for min problemstilling enn det fantes forskningsartikler. Jeg oppdaget at det var forsket spesielt mye på brystkreft, kreftoverlevende, ettervirkninger og ulike behandlingsformer samt komplikasjoner knyttet til disse. Derimot fant jeg lite forskning på temaer som håp, pasientperspektiv, mestring og ivaretagelse av unge pasienter under behandling sett bort ifra det medisinske behandlingsopplegget og bivirkninger. Jeg synes allikevel at artiklene jeg har funnet har god overføringsverdi og belyser flere av temaene jeg tar opp i oppgaven og er med på å belyse min problemstilling. Jeg får inntrykk av at det trengs mer forskning på unge kreftpasienter generelt og hvordan ivareta deres behov.

I forskningsartikkelen ”Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information” var det 9 pasienter som deltok (Pedersen et al., 2013). Intervjuene ble gjennomført hjemme hos pasientene 1-2 måneder etter behandling og behovene kan da være av annen karakter enn når de er inneliggende på sykehus (Pedersen et al., 2013). Allikevel endrer ikke dette viktigheten av målrettet informasjon både når pasienten er kommet hjem og inneliggende på sykehuset om både akutte bivirkninger og senvirkninger. Deltakerne levde med en partner og behovene og opplevelsen av bivirkningene kan være annerledes for en som er alene om dette, det gjelder også med tanke på informasjon (Pedersen et al., 2013).

Deler av forskningsartikkelen ”Unge med kræft kalder på en særlig opmærksomhed” bygger på korrespondanse med kun en pasient. Artikkelen presenterer en persons opplevelser rundt det å være ung kreftsyk (Hazelton, 2008). Det sies ikke noe om andre kreftsykes opplevelser og det kan være store individuelle forskjeller avhengig av diagnose. Korrespondansen har vært med en 32 år gammel kvinne rammet av brystkreft som muligens kan ha andre behov enn en ung gutt rammet av testikkelkreft (Hazelton, 2008). Dette kan gi et ensformig bilde. Utfra litteraturen tyder det på at menn og kvinner kan ha ulike behov når de er syke. Dette har jeg tatt i betraktning, og har allikevel valgt å bruke artikkelen da jeg mener at artikkelen har noen relevante overførbare grunnelementer. Artikkelen har som hovedformål å sette unge kreftsyke på dagsordenen. Fordi Hazelton (2008) påpeker at det finnes lite forskning på emnet har forfatteren benyttet seg av den voksende litteraturen på området.

I oversiktartikkelen ”Gonadal funksjon etter kreftbehandling hos voksne menn” er det ikke brukt systematiske søk og ved tilfeldig bruk av søkeordene som er oppgitt kan forfatterne ha gått glipp av flere artikler som kunne vært relevante (Kiserud et al., 2009). Gjennom ikke-systematisk utvelging er det ikke beskrevet om forfatterne har valgt forskningsstudier som støtter ett gitt syn, og det kan eventuelt gi et skjevt bilde. Det kan være negativt at det er en ikke-systematisk artikkel da den ikke vil ha kjennetegn som en systematisk artikkel med klar tittel, klart formål, omfattende og referert søkestrategi, kriterier for inklusjon og eksklusjon av primærstudier, vurdering av validitet eller kvalitet. En oversiktsartikkel presenterer forskning som allerede finnes på området for å gjøre det lettere for andre forskere å orientere seg om de store linjene innen fagområdet. Dette kan bety at artiklene som er benyttet er feiltolket som igjen gir rom for feiltolkning videre (Kiserud et al., 2009). Metodebeskrivelsen er liten og det kan være vanskelig å danne seg en mening om kvaliteten på forskningen som er brukt. Artikkelen er mer medisinsk rettet.

Artikkelen ”Fertilitetsbevarende tiltak hos gutter og unge menn med kreft” er en oversiktsartikkel, og som nevnt tidligere en sekundærkilde som kan gi rom for videre feiltolkninger da stoffet allerede er tolket. Forskerne har kun brukt 3 søkebaser og dette anser jeg som lite da de kan ha gått glipp av artikler i andre databaser som kunne vært aktuelle for en endelig konklusjon (Stensvold et al., 2011). Det er presisert i artikkelen at formålet er at leger skal være i stand til å gi god informasjon til pasient og pårørende og er av den grunn lite sykepleiefaglig. Fremgangsmåten er ikke beskrevet, og det er lite klargjørende ved at de kun har oppgitt søkebasene. Det er ikke oppgitt om det er brukt systematisk eller ikke systematisk litteratursøk. Som den forrige er også denne oversiktsartikkelen mer medisinsk rettet.

Fagartikkelen ”Kompetenceudvikling af sygepleje til mandlige kræftpatienter” er tatt med i oppgaven da den har momenter som kan bidra til å belyse problemstillingen. Undervisningen bygges på case som deltagerne selv har tatt med. Da casene er selvopplevd kan deltagerne muligens holde igjen noe som man er ikke komfortabel med å dele (Madsen & Vahr, 2011). Det er ikke opplyst om spørreundersøkelsen er anonym, dette kan bety underrapportering av problemer sammenlignet med hvis den hadde vært anonym. Det er ingen avgrensning i forhold til alder og det kan være av betydning da man kan ha ulike perspektiver utfra forskjellig alder. Ved bruk av fokusgruppeintervju kan det også være en ulempe hvis det finnes en dominerende deltager som legger kursen for de andre, eller at

enkelte ikke føler seg komfortabel i gruppen og unnlater av den grunn å dele holdninger og meninger som kunne vært av betydning.

Jeg benytter meg av Kari Martinsens ”samtalen, skjønnets og evidensen” (2009). Det er en primærkilde. Boken presenterer flere deler av hennes teorier og ikke kun omsorgsteorien. Det kan være en svakhet at jeg benytter meg av en sykepleieteoretiker som ikke har en hovedteori, men flere teorier som bygger på grunntanken om omsorg som sykepleiens fundament.

Jeg har også benyttet meg av sekundærlitteratur. Faren ved dette er feiltolkninger da materialet er tolket tidligere. Jeg har forsøkt å være min førforståelse bevisst ved søk og bruk av litteratur, selv om det er vanskelig da temaet er selvvalgt og jeg har egne meninger rundt emnet.

3. TEORI

I kapitlet presenteres sykepleieteori, relevant litteratur og fag-og forskningsartikler som omhandler min problemstilling.

3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (2009) presenterer omsorg som sykepleiens fundament. Hun hevder at omsorg er en grunnleggende forutsetningen for alt menneskelig liv. Teorien tar ikke utgangspunkt i individet, men i det forholdet som eksisterer mellom mennesker. Omsorgens betydning er forankret i at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at vi er avhengige av hverandre. Avhengigheten trer særlig frem i situasjoner der sykdom og lidelse er tilstede. Med utgangspunkt i avhengighet mener Martinsen at omsorg må være sykepleiens verdigrunnlag (Martinsen, 2009).

Omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. ”Omsorg er å knytte bånd, å inngå i relasjoner. Å knytte bånd har med avhengighet å gjøre” (Martinsen, 2009, s. 137). Omsorgen vises gjennom praktiske handlinger og omsorg som en konkret handling krever begrunnelse. Denne begrunnelsen bygger på sykepleierens etiske og faglige vurdering av situasjonen (Martinsen, 2009). Hun beskriver også skjønn i sykepleien som sanselig og erfaringsbasert kunnskap, innlevelse i situasjonen, kunnskap om lidelsens grunner og faglige vurderinger basert på dette.

Martinsen (2009) skriver at forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Denne forståelsen vokser frem ved felles erfaringer, eller ved handling fra den ene part i en felles opplevd situasjon. All pleie må baseres på en personlig relasjon mellom sykepleier og pasient, der sykepleier kjenner og forstår pasientens livs og lidelseshistorie. Martinsen (2009) mener at god omsorg er omsorg som lindrer lidelse og gir rom for å frigjøre pasientens livsmot.

Tillit er bærende i omsorg. I samtale er tillit elementært og i vår holdning til den andre. Martinsen (2009) skriver at den forbeholdne tilliten som pasienten viser sykepleieren må sykepleieren vise seg verdig til å motta. Martinsen (2009) understreker at å forsøke å bytte

posisjon, å forestille seg hvordan man hadde ønsket at det ble handlet med en selv hvis man befant seg i den andres situasjon vil være en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. På denne måten kan sykepleier også forstå betydningen av å opprettholde livet og pasientens ”sted i det”.

3.2 Fag og forskningsartiklene

3.2.1 Challenge to target information

Pedersen et al. (2013) har bidratt til mer kunnskap om bivirkningers innvirkning på pasienters hverdag og betydningen av individuell informasjon. Forskningen viser at pasienter er dypt påvirket av bivirkninger i hverdagen. De sliter med å ta grep og opplever tap av kontroll. I et travelt sykehussystem tar de på seg en fasade og sliter med å vise sine egentlige behov. For å styrke pasienten til å mestre må personalet være i stand til å sanse pasientenes behov og gå inn i omsorgsfulle relasjoner. Til tross for at bivirkningene er mange av de samme er informasjonsbehovet forskjellig fra pasient til pasient. Studien viste at helsepersonell må rette et kritisk blikk på hvilken måte de formidler informasjon til pasienter og sørge for å ikke gjemme seg bak et travelt sykehussystem. Pasientene beskrev problemer som blant annet overveldende mye informasjon, til tider tilfeldig informasjon, stadig ulikt personell som begrenset relasjonene, travelt personale og begrensede muligheter til å handle (Pedersen et al., 2013).

3.2.2 Unge med kreft kalder på en særlig oppmerksomhet

Hazelton (2008) kommer frem til at unge voksne med kreft har vært en oversett gruppe i forskning. Et av mange problemer som kommer frem er kreftsykdommen som tilsynelatende kommer ut av det blå, uten å kunne knyttes til noen bestemt livsstil. Å ikke ha noen forklaring på hvor kreften kommer fra setter i gang tanker om at den kan komme tilbake igjen uten å vite hvorfor. Unge kreftoverlevende skal leve mange år etter at de er ferdigbehandlet. Noen opplever å være styrket og andre trenger ekstra rehabiliterende innsats. Studien viser også til at det å vende tilbake til en normal hverdag er et problem. Som ung kan man føle seg alene da

det er vanskelig å finne andre i lignende situasjon som man kan dele sine opplevelser med. Mange unge blir så rystet av en kreftdiagnose i ung alder at man har vanskelig for å legge opplevelsen bak seg (Hazelton, 2008).

3.2.3 Gonadal funksjon

Kiserud et al. (2009) sin forskning viser at kreftbehandling kan medføre nedsatt gonadal funksjon hos menn. De fleste unge med nyoppdaget sykdom er opptatt av sin fremtidige gonadale funksjon og muligheter for å få barn etter behandlingen. Det fremkommer i forskningen at dette er av stor psykologisk betydning. Forskningen viser også at omtrent halvparten av guttene med testikkelkreft har redusert spermatogenese etter orkiektomi før annen behandling er satt i gang. Derfor bør nedfrysning av sæd diskuteres og tilbys alle menn under 55 år som skal gjennom kreftbehandling. Ufrivillige barnløse kreftoverlevende bør også som et ledd i rehabiliteringen tilbys utredning, rådgivning og eventuelt assistert befruktning (Kiserud et al., 2009).

3.2.4 Fertilitetsbevarende tiltak

Stensvold et al. (2011) kommer frem i sin forskning at fertilitetsbevaring er et viktig tema for unge kreftoverlevende. Å la være å diskutere negative effekter av kreftbehandlingen kan resultere i økt emosjonelt stress og nedsatt livskvalitet etter remisjon. Ønsket om et fullverdig liv med fertiliteten i behold er beskrevet som høyt prioritert for mange unge langtidsoverlevende etter kreft.

3.2.5 Kompetenceudvikling af sygepleje til mandlige kræftpasienter

Madsen & Vahr (2011) fant ut at det er forskjell i kommunikasjon med mannlige og kvinnelige pasienter, og at sykepleierne ikke hadde fått noen spesiell trening i dette. Det er kjønnsforskjeller i opplevelsen av å være syk. Menn er ofte opptatt av arbeidsskollegaers forståelse for sykdommen og dens konsekvenser samt informasjon om hjelp utenfor sykehuset. Menn påtar seg ofte ikke hele identiteten som pasient, de ønsker heller å

være for eksempel ”snekkeren med kreft”. Menn fokuserer også i høyere grad på det som er ved siden av, utenom og etter sykdommen. Studien viser at det er noen elementer tilgjengelig for å kommunisere bedre med den mannlige kreftpasienten. I stedet for å spørre pasientene om ”hvordan de hadde det”, brukte de en innfallsvinkel med å speile følelser ved å si ”jeg kan se, at du sitter og rister, jeg kan se, at du begynner å få litt våte øyne” og på denne måten reflektere det man ser over til pasienten og åpne opp for samtale på en slik måte (Madsen & Vahr, 2011).

3.3 Generelt om kreft

Ursin (2014) rapporterer at det i 2012 var over 30 099 nye registrerte krefttilfeller i Norge. 13 608 av disse var kvinner, og 16 491 menn. Prostatakreft er kreftdiagnosen som rammer flest, hele 16 prosent av alle krefttilfeller. Etter følger bryst-, lunge- og tykktarmskreft som rammer 8600 mennesker årlig. Møller & Langmark (2013) forklarer at bakgrunnen for dette skyldes delvis at flere mennesker får kreft, men også at mulighetene for å overleve kreftsykdom er blitt bedre. Antall kreftoverlevende har økt de siste 50 årene, samtidig er risikoen for å få en kreftdiagnose blitt mer enn fordoblet de siste 50 årene (Møller & Langmark, 2013).

Man ser en bedret overlevelse på de største krefttypene som nevnt over. Dette skyldes diagnostisering og behandling av forstadier samt økt oppmerksomhet rundt kreft fra pasient og helsevesenets side og konsekvensen av bedre behandlingsmetoder (Ursin, 2014).

Kreftforeningen (2014) forteller at testikkelkreft er den kreftformen som rammer flest menn mellom 15 og 49 år. I 2012 fikk 325 menn testikkelkreft. Det finnes to typer testikkelkreft, seminom og non-seminom. Gjennomsnittsalder ved seminom er cirka 35 år og ved non-seminom cirka 28 år (Lehne, 2012 a). Forekomsten av denne krefttilstanden er økende og sammen med Danmark har Norge den høyeste forekomsten i verden. Testikkelkreft kan være arvelig og risikoen øker ved sykdom hos bror eller far. Stadig flere overlever denne kreftformen og etter fem år er samlet overlevelseshastighet på 97,2 prosent (Kreftforeningen, 2014).

3.4 Hvem er den kreftsyke pasient?

Mennesker lever i en motsetningsfylt virkelighet. På den ene siden er vi dødelige og på den andre siden må vi overgi oss til livet. Vi har behov for å ha kontroll på livet samtidig som vi må erkjenne at livet er uforutsigbart (Giersing, 2002). For unge mennesker som kan kjenne seg udødelige vil budskapet om en kreftdiagnose komme som lyn fra klar himmel. Mange vil ha en tanke om at kreft kun er noe som rammer eldre mennesker (Kvåle, 2002). Studier viser at det finnes to grunntyper når menn får kreft, de rystede og de fattede. De rystede menn som alle var under 50 år, beskrev kreftdiagnosen som noe som rammet dem dypt i deres eksistensgrunnlag og at rystelsen preget de resten av livet til tross for at de var erklært friske (Agger, 2002).

Appel (2002) skriver at uttrykket ”mennesker med kreft” ikke bare retter seg mot rollen som pasient, men mot liv og mennesker som lever. Mennesker rammet av kreft i tidlig alder vil ha hele livet fremfor seg og kreftoverlevelse har blitt et nytt ord innenfor onkologien og i samfunnet (Loge, Dahl, Fosså & Kiserud, 2013). Giersing (2002) beskriver det å få en kreftdiagnose som en sjelelig rystelse. Fra å være et menneske i sitt daglige alminnelige liv trer man inn i rollen som kreftpasient. I det øyeblikket mennesker får overbrakt beskjeden om at man er blitt kreftsyk kan redsel for egen lidelse og død fremkalles (Faulkner & Maguire, 2007). Å få en alvorlig sykdom forteller oss noe om livet, nemlig at vi kan miste det (Giersing, 2002).

3.4.1 Omsorg og trygghet

Kvåle (2002) skriver at behandling av sykdom ofte er den viktigste omsorgen man kan gi en pasient. Noen sykepleiere vil sette likhetstegn mellom sykepleie og omsorg, men ha et klart skille mellom behandling og omsorg. Det er enighet om at både pasienters behov og forventninger samt sykepleiers faglige vurdering er av betydning for hva som er god omsorg. En studie utført viste at sykepleierne rangerte det å mestre sine følelser som det vanskeligste for kreftpasienter, mens pasientene rangerte dette som lavt. Pasientene prioriterte derimot informasjon om diagnose og behandling høyere (Kvåle, 2002).

Trygghet er beskrevet i Maslows behovspyramide som en av de grunnleggende behov hos mennesker (Kvåle, 2002). Trygghet er en verdi som kan bli truet ved innleggelse på sykehus. Pasienter oppgir at opplevelsen av tilgjengelighet er av betydning for å formidle trygghet, at sykepleieren er der når det trengs (Thorsen, 2011). Flere undersøkelser som har sett på hva kreftpasienter opplever som god omsorg svarte at sykepleierens tekniske dyktighet og medisinske kunnskap var avgjørende. At behandlingen og medikamentene kom til rett tid, at sykepleieren kunne håndtere teknisk utstyr og visste når legen måtte tilkalles. Tillit til at sykepleieren var i stand til dette var en grunnleggende forutsetning for at pasienten følte at omsorgen for dem var ivaretatt (Kvåle, 2002).

Pasienter har oppgitt at sykepleieren er menneskelig ved å være ærlig, profesjonell ved å hjelpe, forklare, være nær og ta hensyn, bry seg og ha humor som faktorer for opplevelsen av god omsorg. Formidling av omsorg og trygghet ligger også i sykepleiers tonefall, gjerninger, i faktene, i stillheten og det usagte. Omsorg er å samarbeide med pasienter om deres behov og få kartlagt disse i samarbeid med pasienten. Sykepleiers oppfatning av pasientens behov bør samsvare med pasientens egne opplevelser. Man kan ikke anta at en i utgangspunktet velment handling vil oppfattes som god omsorg (Kvåle, 2002).

3.4.2 Tap av identitet/ body image

Mange kreftpasienter må gjennomgå behandling som vil endre deres utseende. Dette kan være vekttap på grunn av behandling, medikamenter som gjør at man går opp i vekt, endring av kroppen etter gjennomgått kirurgi eller hårtap som følge av cytostatika (Thisted, 2002). Dette fører til revurdering av eget kroppsbilde og selvbylde (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Det er av betydning at sykepleier tør å samtale med pasienten om de kroppslige forandringene, samtidig som sykepleier må ha kompetanse til å hjelpe pasienten med å håndtere sin kroppsförändring (Thisted, 2002). Pasienten kan også oppleve endret selvbylde ved å vite at man har en tumor i kroppen. Noen opplever en følelse av å tæres opp (Kvåle, 2002). Thisted (2002) skriver at kroppsförändringen er et symbol på at mennesket er alvorlig syk, en påminnelse. Noen pasienter vil ha det svært vanskelig med deres endrede utseende, mens andre vil synes at dette er en mindre ting i forhold til å være i live (Thisted, 2002).

Pasienters medbestemmelsesrett er en verdi å ivareta for å bidra til at pasienten opprettholder sitt eget selvbilde og selvrespekt (Kvåle, 2002). Ved å bli tatt med på råd vedrørende sin egen pleie og behandling kan pasienten føle at de fortsatt har kontroll over livet sitt og føle seg mindre hjelpeløse. Dahl (2013) skriver at kroppskontrollen således den manglende kontrollen over kroppen har stor betydning for mennesker med kreft. Studier viser at pasienter mener det er avgjørende at sykepleier har kunnskaper og evner til å ivareta den enkeltes identitet slik at de føler seg verdifulle (Kvåle, 2002).

3.4.3 Kreftpasienters seksualitet

I møtet og i samtale med pasienter om seksualitet må sykepleier være bevisst det faktum at folk lever forskjellig (Gamnes, 2011). Menneskers sosiale liv bygger i det store og hele på forventninger om at alle mennesker er heteroseksuelle. De fleste har lært seg å kommunisere gjennom heteronormative verdier. Heteroseksualitet blir tatt for gitt, og dette kan føre til stigmatisering av de pasientene som er homofile og det kan kjennes som en ekstra belastning ved å måtte forklare seg når temaer som partner eller familieliv dukker opp (Ingstad, 2013). Sykepleier kan bidra til å skape trygghet ved å samtale åpent om disse spørsmålene når pasienten er til behandling (Kvåle, 2002).

Menneskers kroppsbilde har innflytelse på opplevelsen vi har av å føle oss attraktive (Kvåle, 2002). Seksualitet er en integrert del av det å være menneske og herunder vår kroppoppfatning uavhengig om man lever med en partner eller ikke (Gjessing et al., 2013). For unge kreftpasienter er seksualitet et svært aktuelt tema som ofte blir nedprioritert av helsepersonellet (Agger, 2002). Hos testikkelkreftammede er det en høyere forekomst av ejakulasjonsproblemer enn hos andre menn i befolkningen, spesielt de som har mottatt cytostatikabehandling og operasjon på bakre bukvegg. Samlet sett kan man ikke se at den seksuelle fungeringen til testikkelkreftoverlevende er noe dårligere enn hos andre, bortsett fra høyere forekomst av ejakulasjonsproblemer (Gjessing et al., 2013).

Kvåle (2002) skriver at det bør være en naturlig del av den helhetlige pleien sykepleierne gir å hjelpe pasienter til å mestre sine seksuelle problemer under kreftbehandling. Agger (2002) skriver at sykepleierne opplever at de selv mangler kunnskap om seksuell problematikk. Kvåle (2002) skriver at dette temaet ofte er fullstendig neglisjert. Spørsmål rundt seksualitet

kommer gjerne også lenge etter avsluttet behandling (Gjessing et al., 2013). En kan minne pasienten på at det meste ved vedkommende ikke har endret seg og at de forandringene som er ikke trenger å dominere livene deres (Kvåle, 2002).

Gjessing et al. (2013) skriver at de ulike behandlingsformene i seg selv kan være med på å påvirke den seksuelle funksjonen. Derfor bør sykepleier også ha kunnskap om praktisk hjelp i form av hvilke utstyr og hjelpemidler som finnes (Kvåle, 2002).

3.4.4 Informasjon, kommunikasjon og relasjon

Kreftrammede og særlig yngre pasienter i dag har stort behov for informasjon og undervisning. Mange har lest seg opp på internettet og har mange spørsmål de trenger svar på. Det kan være utfordrende å møte disse pasientene på en tilfredsstillende måte, og studier viser at de ikke alltid vil være fornøyd med den informasjonen som er gitt (Kvåle, 2002). Ved bivirkninger av behandling som de fleste opplever kan det være avgjørende at informasjonen som gis på forhånd er god. God informasjon kan dempe angst og gi pasienten mulighet til å mestre bivirkningene som inntreffer (Fosså, Hølmekbakk, Smeland & Fosså, 2013).

Sykepleier har et ansvar for å identifisere behovet for informasjon hos pasienten (Faulkner & Maguire, 2007). Informasjonen blir ofte gitt av forskjellige leger og sykepleiere, og i en hektisk hverdag med korte inneliggende perioder kan pasienten oppfatte informasjonen som forvirrende og mangelfull (Kvåle, 2002). Hvis pasienten får tilpasset informasjonen til sine behov kan man hjelpe pasienten til å mestre den vanskelige situasjonen han eller hun befinner seg i (Faulkner & Maguire, 2007). Sykepleier må kartlegge slik at praktiske ordninger med tanke på studier, jobb og studielån avklares (Kvåle, 2002).

For at sykepleier skal kunne dekke pasientens behov for informasjon må sykepleier ha et mål med informasjonen, ha kunnskap om kommunikasjon og diagnose og være bevisst sitt menneskesyn. Informasjon som blir gitt muntlig bør også suppleres med skriftlig informasjon da mange pasienter har problemer med å få med seg alt (Espersen, 2002). Det fremkommer også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011). På hvilken måte

informasjonen blir gitt og støtten som følger kan være avgjørende for pasientens mestring (Kvåle, 2002).

For at en god relasjon mellom pasient og sykepleier skal utvikle seg er tillit en grunnleggende faktor. Sykepleier må våge å kjenne på egen sårbarhet og andres for å kunne skape rom for trygge relasjoner (Thorsen, 2011). Det er avgjørende å ha et tillitsfullt forhold slik at pasientene opplever rom for å sette ord på hva de føler (Smebye & Helgesen, 2011). Mange av de unge pasientene med cancer testis har vanskelig for å gi uttrykk for sine følelser (Dahl, 2013). De rystede unge menn vil forsøke å opprettholde kontroll over sine følelser. De kan utvikle mange strategier for å forhindre at følelsen kommer igjennom (Agger, 2002). De kan av den grunn bruke fortrenningsmekanismer som humor, ironi, unngåelse, isolasjon, overdreven ærlighet, taushet eller avvisning. For sykepleier som ønsker å gi omsorg kan dette være vanskelig å takle. De vil forholde seg til sykdommen på sin egen måte, og sykepleier må tåle og bli avvist når man forsøker å støtte pasienten (Kvåle, 2002).

3.4.5 Håp

Kari Martinsen nevner ikke fenomenet håp, men snakker om livsmot. Ved å styrke livsmotet i den andres lidelse så forsøker en å frigjøre de positive erfaringene i lidelsen. Sykepleier gjør dette ved sitt faglige skjønn (Martinsen, 2009). Håp handler om våres evne til å se fremover, en ressurs som trer fram i truende situasjoner. Håp påvirkes ofte av ytre faktorer, samtidig tilhører håpet det enkelte mennesket. Hva håpet er knyttet til er individuelt (Giersing, 2002). For pasienter med kreft vil håpet være i forandring i takt med sykdommens utvikling, fra håp om å bli helbredet, håp om å slippe smerter, håp om styrke. For unge kreftpasienter kan håpet dreie seg om å vende tilbake til tilværelsen slik den var, håp om å komme tilbake til studier eller håp om at behandlingen skal gå etter planen (Kvåle, 2002). Sykepleier følger pasienten gjennom hans erkjennelser og ulike følelser. Slik styrkes pasientens evne til å møte den virkeligheten som er hans (Giersing, 2002). Kristoffersen, Breievne & Nortvedt (2011) forteller at håp er av stor betydning for mennesker med kreft. For mennesker som opplever alvorlig sykdom synes venner og familie å være en av de beste kildene til sosial støtte. En studie hvor kreftpasienters håp ble målt, viste at det å bo sammen med noen var betydningsfullt for graden av håp hos pasienten. De som opplevde sin sosiale støtte som god så mer optimistisk på sin sykdom (Kvåle, 2002).

3.4.6 Livet på vent og fremtid

Unge kreftpasienter beskriver det å få en kreftsykdom som å få "livet satt på vent". De står gjerne midt i studier eller i en karriere. De jevnaldrende beveger seg fremover i livet, skaper karrierer, dyrker relasjoner og har det gøy, mens den som rammes av kreft opplever å stå stille (Kvåle, 2002). I vennegjengen vil de føle seg annerledes, de jevnaldrende har vanskeligheter med å forholde seg til eksistensielle spørsmål om sykdom og død, noe de heller ikke har forutsetning for (Agger, 2002).

Når behandling er ferdig og hjemreisen nærmer seg vil tankene omkring fremtiden dukke opp. Man skal forsøke å leve et så normalt liv som mulig med den usikkerheten om fremtiden som en kreftdiagnose gir. For unge rammet av kreft som har utsikter om å leve et langt liv etter kreftbehandling kan dette være en utfordring (Fosså et al., 2013). En usikkerhet om residiv og senvirkninger er noe som man blir nødt til å lære seg å leve med (Kvåle, 2002). Studier har vist at angst for tilbakefall er vanligere hos unge kreftpasienter til tross for svært gode prognoser (Dahl, 2013). Det er omdiskutert hvor mye informasjon pasienter bør få om eventuelle senvirkninger da det ikke er sikkert at man blir rammet og at fokuset på sekundær kreftsykdom kan dominere hverdagen i for stor grad (Fosså et al., 2013). Helseangst rammer mange kreftoverlevende og det er beskrevet som overdreven redsel for vanlige hverdagslige kroppslige symptomer som kobles direkte til ny kreftsykdom. Helseangst synes heller ikke å være avhengig av tid fra kreftdiagnosen (Dahl, 2013). Pasienter som har blitt behandlet for testikkelkreft har opplyst at de opplever en depressiv periode når behandling er overstått og man skal vende tilbake til en normal tilværelse. Menneskene rundt forventer at man skal være lykkelig og hos noen kreftpasienter kan denne lykkefølelsen utebli (Kvåle, 2002). Mange rapporterer også at de etter kreftsykdommen har fått endret perspektiv på livet og at de i det store og hele er mer tilfredse med livet enn jevnaldrende (Dahl, 2013). En stor norsk undersøkelse av menn som hadde vært friskmeldt i over 11 år av cancer testis viste at overleverne hadde samme livskvalitet som andre menn på samme alder i befolkningen (Grov, Loge & Dahl, 2013).

3.5 Sykepleiers holdninger og verdier

Våre holdninger influerer på hvordan vi prioriterer og utfører handlingene som pasienten mener er viktigst (Kvåle, 2002). I kreftomsorgen vil man som sykepleier bli stilt ovenfor ulike etiske situasjoner. Sykepleierens verdier og holdninger legger grunnlaget for hvordan en velger å møte disse situasjonene. Sykepleiers arbeid med kreftpasienter medfører forhold som er preget av stor fortrolighet og gjensidighet. Det innebærer medmenneskelighet i å være profesjonell (Giersing, 2002). Samtidig som sykepleier er en fagperson med kompetanse og erfaring er også sykepleieren menneske. I møtet med alvorlige syke som befinner seg i grenseland mellom liv og død er det av betydning at sykepleier er bevisst på sitt eget forhold til liv og egen død. Er man ikke bevisst på dette vil det kunne skape en distanse hvor sykepleier opplever at pasienten tilhører en annen verden og virkelighet enn han/hun selv gjør. Hvis sykepleier ikke erkjenner det faktum at ”akkurat nå er det ikke meg, men det kunne vært meg”, vil man aldri kunne oppnå et likeverdig forhold (Giersing, 2002).

4. DRØFTING

Jeg vil fra tidligere kapitler drøfte hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med cancer testis på sykehus, på bakgrunn av erfaringsbasert, forskningsbasert og teoretisk kunnskap.

4.1 Å være ung kreftsyk pasient

Møller & Langmark (2013) hevder at risikoen for å få en kreftdiagnose har blitt mer enn doblet de siste 50 årene. Følgende kan bety at antall unge pasienter har økt. I 2012 fikk 325 menn diagnosen testikkelkreft (Kreftforeningen, 2014). Når Kristian (vedlegg 1) blir innlagt på sykehus kan han oppleve å skulle tre inn i rollen som kreftpasient, en rolle det kan være vanskelig å identifisere seg med og som føles fremmed i hans alder. Det kan være vanskelig fordi rollen som kreftpasient ofte innebærer en erkjennelse av at man er dødelig, at en bærer på en potensielt dødelig sykdom. Giersing (2002) mener at mennesker har behov for å ha kontroll på livet samtidig som vi må erkjenne at det er uforutsigbart. Vi er alle klar over at vi på et tidspunkt skal dø, men vi er opptatt av å leve og vi holder kanskje alle mer eller mindre fast ved at vi er udødelige, særlig som ung. Samtidig overlever stadig flere mennesker sin kreftdiagnose, og kreft forbindes ikke i like stor grad lenger kun med død (Møller & Langmark, 2013). Dette gjør kanskje at mange har store forhåpninger og forventninger om å bli helbredet. Kvåle (2002) mener at en kreftdiagnose vil komme som lyn fra klar himmel for unge pasienter da de fleste tenker at kreft er noe som rammer eldre mennesker. Agger (2002) viser til studier som beskriver to grunntyper av menn når de får kreft, de rystede og de fattede hvor alle de rystede var under 50 år. Det poengteres at kreftdiagnosen rammet de unge guttene dypt i deres eksistensgrunnlag. Kristian (vedlegg 1) vil muligens kjenne på det som beskrives av flere kreftpasienter som å få "livet satt på vent". Venner og bekjente beveger seg fremover og har det gøy, mens den som rammes av kreft opplever å stå stille i en periode av livet hvor andre raser fremover. De står også ofte midt i studier og jobb og vil oppleve sykdommen som en dyp inngripen i deres liv (Kvåle, 2002). Det er sannsynlighet for at Kristians (vedlegg 1) fokus vil endres, fra en vant hverdag med skole og venner til en ny hverdag med behandling og bekymringer som han aldri har måttet ta stilling til tidligere. Dette kan være en ekstra belastning for Kristian (vedlegg 1) og kanskje frembringe en følelse av urettferdighet. Man kan anta at unge kreftpasienter kan føle seg alene med sin sykdom, også da de møter færre jevnaldrende på avdelingen enn de eldre pasientene.

Mange kreftpasienter rapporterer at de har fått endret perspektiv på livet og at de i det store og hele er mer tilfredse med livet enn jevnaldrende (Dahl, 2013). Dette understreker kanskje betydningen av det Martinsen (2009) beskriver som å opprettholde livet og pasientens ”sted i det” for pasientens videre vei. Sykepleier bør være bevisst det individuelle mennesket bak sykdommen og på den måten å ikke oppnå den feilaktige forståelsen av at pasienter tilhører en annen verden og virkelighet enn vi selv gjør. Giersing (2002) understreker på denne måten betydningen av at sykepleier erkjenner det faktum at ”akkurat nå er det ikke meg, men det kunne vært meg” hvis man skal klare å oppnå et likeverdig forhold. Jeg vil ikke nødvendigvis si at det handler om å identifisere seg så meget med pasienten, da vil man heller kanskje stå i fare for å miste oppmerksomheten og ta utgangspunkt i egne opplevelser og følelser fremfor pasientens. Kanskje spørsmålet er om vi noensinne kan forstå situasjonen pasienten befinner seg i. Kanskje vi må erkjenne at det kun er mulig å forstå pasienten et stykke av veien og muligens er nettopp dette stykket av avgjørende betydning for Kristians (vedlegg 1) videre vei.

4.2 Omsorg og trygghet

Martinsen (2009) hevder at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og at omsorgens betydning er forankret i at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er vår avhengighet av hverandre. Spesielt vil dette være aktuelt når sykdom og lidelse er tilstede. Kvåle (2002) skriver at behandlingen av sykdommen er den viktigste omsorgen vi kan gi. Flere studier viser at pasienter oppgir sykepleiers tekniske dyktighet og medisinske kunnskap som et av de grunnleggende elementene for å opplevelsen av god omsorg. Det er enighet om at pasienters behov og forventninger samt sykepleiers faglige vurdering er av betydning for hva som er god omsorg (Kvåle, 2002). Dette står i kontrast til at sykepleiere ofte setter likhetstegn mellom sykepleie og omsorg, men har et klart skille mellom behandling og omsorg. Det kan virke for meg som at begrepet omsorg og hva det vil si å gi omsorg er noe hver enkelt har en individuell oppfatning av. Jeg tenker at det ofte snakkes om omsorgsbegrepet som noe som ikke krever kunnskap, at det å ha omsorg for noen kun er et spørsmål om gode hensikter og varme tanker. Martinsen (2009) understreker at å forestille seg hvordan man hadde ønsket at det ble handlet med en selv hvis man befant seg i den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Kvåle (2002) mener at omsorg er

å samarbeide med pasienter om deres behov og få kartlagt de gjennom samarbeid. Videre understrekes det at det er avgjørende at sykepleiers oppfatning av pasientens behov samsvarer med pasientens egne opplevelser. Man kan av den grunn ikke anta at en velment handling vil oppfattes som god omsorg (Kvåle, 2002). Kanskje viser dette at gode intensjoner ikke alltid er nok og at omsorgsbegrepet kan være noe mer håndfast enn de fleste tenker. Det kan tyde på at for å kunne gi omsorg må vi forstå den andres behov og ikke minst være i stand til å respondere på disse behovene. Hvordan man skal møte den enkelte pasient kan man muligens bare få rede på ved å spørre ”hva er viktig for deg?”. Thorsen (2011) skriver at trygghet er en verdi som blir truet ved innleggelse på sykehus og ved sykdom. Pasienter oppgir at opplevelsen av tilgjengelighet var betydningsfullt for at de følte seg trygge. Med andre ord er pasientene opptatt av at sykepleieren er tilgjengelig, noe som jeg tenker kan være en utfordring på travle poster med hektiske dager. En blinkende alarmpumpe vil for eksempel kunne oppleves som en trussel. At pasienten vet at sykepleier overvåker en og kan ta kontroll i en slik situasjon har noe å si for opplevelsen av trygghet og ivaretagelse. Det kan virke som en liten ting, men kan kanskje være av stor betydning for pasienten. For oss vil det være en enkel pumpe, for pasienten kan det være en av mange uforståelige apparater. Prosedyrer kan vi utføre både med og uten innlevelse og dette vil pasienten kanskje oppfatte. Hvordan vi utfører våre handlinger kan være av verdi.

4.3 Håp, kommunikasjon og relasjon

Kristian (vedlegg 1) har god kontakt med sin familie og får daglig besøk av sin mor og far når han er inneliggende. Det kan være elementært å huske på at vår rolle som sykepleiere aldri vil kunne erstatte familiens rolle og at man må finne en måte å samarbeide på som avlastar begge parter. Kvåle (2002) skriver samtidig at venner og familie tilsynelatende er hovedkildene til sosial støtte og håp. Kristoffersen et al. (2011) opplyser om at håp har stor betydning for mennesker med kreft. Hva håp er knyttet til er svært individuelt (Giersing, 2002). Sykepleier kan muligens styrke pasientens individuelle håp ved å ledsage pasienten i prosessen han eller hun befinner seg i. Slik jeg ser det kan sykepleier gjøre en grå dag lysere for Kristian (vedlegg 1) gjennom sine ord og handlinger. På denne måten styrkes pasientens evne til å møte den virkeligheten som er hans (Giersing, 2002). På den andre siden vil håpet stadig være i forandring. For unge kan håpet skifte fra at behandlingen skal gå etter planen til å kanskje komme tilbake til tilværelsen slik den var (Kvåle, 2002). At sykepleier følger pasienten

gjennom hans følelser og erkjennelser, og støtter oppunder håpet i forandring kan være av betydning.

Martinsen (2009) presenterer omsorg som sykepleiens fundament med tanken om at teorien ikke tar utgangspunkt i individet, men i forholdet som eksisterer mellom mennesker. På bakgrunn av dette kan man anta at det vil være vanskelig å utøve god omsorg uten en etablert relasjon. Martinsen (2009) mener at omsorg er å knytte bånd og inngå i relasjoner, og at omsorgen handler om relasjonen mellom to mennesker. Agger (2002) opplyser om at de rystede unge guttene med cancer testis ofte vil forsøke å opprettholde kontroll over sine følelser og kan utvikle diverse strategier for å hindre at disse kommer igjennom. Flere studier viste at sykepleierne rangerte det å mestre sine følelser som det vanskeligste for kreftpasienter (Kvåle, 2002). Samtidig skriver Dahl (2013) at mange av de unge pasientene med cancer testis har vanskelig for å gi uttrykk for sine følelser. I Madsen & Vahr (2011) sin studie kom det også frem at menn ofte ikke påtar seg hele identiteten som pasient. Kvåle (2002) påpeker at for sykepleier som ønsker å gi omsorg kan dette være vanskelig å takle. Skal man ta utgangspunkt i at omsorg er å inngå i relasjoner vil det være avgjørende å etablere en relasjon med Kristian (vedlegg 1) for å kunne utøve god omsorg. Kvåle (2002) skriver at pasientene med cancer testis kan bruke fortrenningsmekanismer som humor, ironi, unngåelse, isolasjon, taushet og avvisning. En kan tenke seg at det kan være utfordrende for sykepleier å etablere en relasjon og møte Kristian (vedlegg 1) der han er. I følge Madsen & Vahr (2011) er det forskjell i kommunikasjon med mannlige og kvinnelige pasienter. Det kom frem at sykepleierne heller ikke hadde fått noen spesiell trening i dette. Det kan tyde på at det kanskje burde vært mer fokus på kjønnsforskjellene i opplevelsen av å være syk og hvordan dette påvirker kommunikasjonen og som en direkte konsekvens selve relasjonen. I stedet for å spørre pasienten hvordan de hadde det viser Madsen & Vahr (2011) til at speiling av følelser kunne åpne opp for samtale med den mannlige pasient. Ved å reflektere det man ser over til pasienten, ”jeg kan se du sitter og skjelver, jeg kan se at du begynner å få våte øyne” fikk de mulighet til å samtale. På den andre siden påpeker Smebye & Helgesen (2011) at det er avgjørende å ha et forhold basert på tillit slik at pasientene opplever rom for å sette ord på det de føler. Martinsen (2009) hevder at tillit er bærende i omsorg, i samtale er tillit elementært og i vår holdning til den andre. Giersing (2002) skriver at forhold med kreftpasienter er preget av stor fortrolighet og gjensidighet. Sykepleiers egne holdninger og verdier vil være av betydning for hvordan man velge å møte de ulike situasjonene. At personalet møtes for å samtale om tilnærming og kommunikasjon med de ulike pasientene kan være sunt. Jeg har

opplevd i praksis at refleksjon rundt kommunikasjon bidrar til et sykepleiemiljø med åpenhet for å stille spørsmål rundt egen sykepleie og stimulerer til sunnere relasjoner mellom sykepleier og pasient. Vi kan på denne måten se hvordan våre egne handlinger og væremåte påvirker våre relasjoner. Kvåle (2002) beskriver også at formidlingen av omsorg og trygghet ligger i sykepleiers tonefall, faktorer, gjerninger og i stillheten.

Thorsen (2011) skriver at tillit er en grunnleggende faktor for at en god relasjon skal utvikles mellom sykepleier og pasient. Hvis man tolker det dithen at tillit er en avgjørende faktor for å utvikle en god relasjon, vil det være naturlig å undres over hva som gjør at pasienten opplever tillit til sykepleier. Kvåle (2002) viser til pasientenes tillit til at sykepleieren var i stand til å håndtere teknisk utstyr, at medikamentene kom til rett tid og at sykepleier visste når lege måtte tilkalles var en grunnleggende forutsetning for at pasientene følte at omsorgen for dem var ivaretatt. Pasienter har oppgitt at informasjon om diagnose og behandling er noe av det viktigste for å føle seg ivaretatt (Kvåle, 2002). At sykepleier er bevisst makten som ligger i informasjon kan være av betydning for at pasient opplever tillit til sykepleier. Kunnskap og følelsen av kontroll kunnskap kan gi kan være med på bidra til mestring og at de unge guttene kan være ”skipper på egen skute”. Fosså et al. (2013) understreker at god informasjon kan dempe angst og gi pasienten mulighet til å mestre bivirkninger som inntreffer. På den andre siden bør sykepleier være bevisst på at informasjonsbehovet kan variere fra pasient til pasient, og at de pasientene som på den andre siden ikke ønsker like mye informasjon må respekteres. Hvis man ikke er var for de individuelle behovene vil man muligens kunne stå i fare for å svekke pasientens tillit i stedet for å bygge den opp. Faulkner & Maguire (2007) skriver at det er av betydning å identifisere de individuelle behovene for informasjon hos pasientene. Informasjon kan bidra til at pasienten opplever å mestre den vanskelige situasjon en befinner seg i. Kvåle (2002) mener at på hvilken måte informasjonen blir gitt kan være avgjørende for pasientens mestring, også på hvilken måte informasjonen blir gitt.

4.4 Seksualitet, tap av identitet og selvbylde

I samtale med pasienter om disse emnene skriver Gamnes (2011) at sykepleier må være bevisst det faktum at folk lever forskjellig. De fleste av oss har lært å kommunisere gjennom heteronormative verdier og kan ta det for gitt at de fleste pasienter er heterofile (Ingstad, 2013). Ingstad (2013) beskriver at det kan kjennes som en ekstra belastning å skulle forklare

seg når spørsmål om partner eller familieliv tas opp. Sykepleier kan muligens unngå å belaste pasientene ytterligere ved å formulere oss bevisst. I stedet for å spørre om man er gift eller har barn, kan man spørre hvordan pasientens familie ser ut og om vedkommende har partner. Ved å stille åpne spørsmål kan man muligens hindre stigmatisering og signalisere åpenhet som sykepleier. En sykepleier pasienten kan betro seg og ha tillit til.

Thisted (2002) skriver at behandlingen de testikkelkreftammede må igjennom vil endre deres utseende, på grunn av medikamenter, hårtap eller kirurgi. Dette kan føre til revurdering av eget kropps og selvilde. Noen pasienter vil kunne ha vanskeligheter med dette og ifølge Gjessing et al. (2013) må sykepleier åpne opp for å samtale med guttene om disse sensitive temaene samtidig som at sykepleier bør besitte nødvendig kompetanse for å hjelpe pasienten med å håndtere forandringene. På den andre siden finnes det også pasienter som synes at deres endrede utseende er en mindre ting i forhold til å være i live (Thisted, 2002). En kan anta at dette er svært individuelt. Igjen beskriver litteraturen betydningen av å bli tatt med på råd vedrørende egen behandling, betydningen av at sykepleier ivaretar pasients medbestemmelsesrett og hvordan dette kan gjøre pasientene mindre hjelpeløse. Dahl (2013) viser til kroppskontrollen, således den manglende og betydningen av denne for mennesker med kreft. Sykepleier kan ved sine holdninger være med på å bidra til at pasienter kan fortsette å se seg selv som attraktive selv om kroppen er endret som ved å vise til at det meste ved pasienten ikke er endret og at forandringene ikke trenger å være dominerende i deres liv.

Agger (2002) skriver at for unge kreftpasienter er seksualitet et svært aktuelt tema som ofte bli nedprioritert av helsepersonellet. Samtidig hevder Kvåle (2002) at temaet er fullstendig neglisjert. Dette står i sterk kontrast til at pasienter i undersøkelser oppgir at de har et stort informasjonsbehov om kreftbehandlingens påvirkning av seksualitet og at sykepleierne samtidig selv opplever at de mangler kunnskap rundt seksuell problematikk (Agger, 2002). Kiserud et al. (2008) kommer frem i sin forskning at unge menn er svært opptatt av sin gonadale funksjon og at dette er av stor psykologisk betydning. Stensvold et al. (2011) viser til at fertilitetsbevaring er et viktig tema for unge gutter og at de er opptatt av et liv med fertiliteten i behold. Herunder poengterer Stensvold et al. (2011) i sin forskning at å la være å diskutere de negative effektene av kreftbehandlingens påvirkning av fertilitet kan resultere i økt emosjonelt stress og nedsatt livskvalitet etter remisjon. Kvåle (2002) skriver at det bør være en naturlig del av den helhetlige pleien å hjelpe pasienter til å mestre sine seksuelle problemer. Sykepleierne kan muligens føle at det er et privat og ubehagelig tema å skulle ta

opp med pasienten og vil vente til pasienten tar det opp. Samtidig kan pasienten føle at det er noe helsepersonellet bør ta opp og venter kanskje på en anledning til å få snakket om det. Jeg ser verdien av at sykepleieren fanger opp disse behovene. I Pedersen et al. (2013) sin forskning kommer det frem at pasientene sliter med å vise sine egentlig behov i en travel sykehushverdag. Dette forteller kanskje noe om betydningen av sykepleiers bevissthet rundt identifikasjon av pasienters behov.

4.5 Fremtiden

Behandlingen av Kristian (vedlegg 1) har kurative utsikter og på et tidspunkt vil behandlingen være gjennomført og overstått. Kristian (vedlegg 1) vil da stå ovenfor en ny fase i sitt liv, nemlig fremtiden og fem år med kontroller. Fosså et al. (2013) skriver at for unge mennesker kan det være en utfordring å skulle leve et så normalt liv som mulig etter endt behandling med den usikkerheten om fremtiden som en kreftdiagnose gir. Informasjon kan som tidligere nevnt være en kilde til følelse av kontroll over egen situasjon, og det kan være av betydning at sykepleier skaper rom for samtale om fremtid og tanker pasient har rundt dette. I fagartikkelen til Madsen & Vahr (2011) kommer det særlig frem at menn var opptatt av informasjon om hvor å få hjelp utenfor sykehuset. I studien til Hazelton (2008) kommer det frem at å vende tilbake til en normal hverdag er et problem. Som ung kan man føle seg alene da det er vanskelig å finne noen i lignende situasjon som man kan dele sine opplevelser og nye perspektiver med. Kristian (vedlegg 1) bør av den grunn få informasjon om Kreftforeningens ungdomsgrupper. Det kan være lettere å prate med mennesker som har opplevd det samme (Kvåle, 2002). Det finnes også pasienter på den andre siden som opplever å være styrket i etterkant (Hazelton, 2008). Dette kan man anta er høyst individuelt, men allikevel kan det være av betydning at sykepleier har et bevisst forhold til at dette er et problem for noen, og kan da jobbe aktivt med å styrke pasientens mulighet for å mestre virkeligheten som er hans. Herunder nevner ikke Martinsen (2009) håp, men hun snakker om livsmot. Sykepleier kan ved sitt faglige skjønn styrke livsmotet i den andres lidelse ved å forsøke å frigjøre de positive erfaringene i lidelsen som pasienten kan ta med seg videre i livet og se tilbake på positive minner fra sykdommen.

Mennesker rundt den syke forventer at man etter endt behandling skal være lykkelig og hverdagen skal gå tilbake til det vante (Kvåle, 2002). Derimot viser Agger (2002) til at unge

kreftoverlevende føler seg annerledes i vennegjengen og de jevnaldrende vil ha problemer med å forholde seg til eksistensielle spørsmål om sykdom og død. Dette kan man anta at vil være en omveltning og noe en kan forsøke å forberede pasienten på. På en annen side viste en stor norsk studie at menn som hadde vært friskmeldt av cancer testis i over 11 år hadde samme livskvalitet som sine jevnaldrende (Grov et al., 2013). Kvåle (2002) viser på den andre siden til at pasienter som har blitt behandlet for testikkelkreft oppgir at de opplever en depressiv periode når behandling er overstått. En kan tenke seg at ved å gi informasjon om at dette forekommer kan pasienten være bedre rustet til å møte, sette ord på og mestre en eventuell slik periode når han skal vende tilbake til en normal hverdag. Ved å gi informasjon om dette kan man styrke pasientens mulighet til å handle. Det fremkommer også i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011). Gjennom å gi tilstrekkelig informasjon kan man gi pasienten muligheten til å handle. Man kan gi pasienten mulighet til å oppleve kontroll i en ellers ukontrollerbar situasjon. På den andre siden skriver Fosså et al. (2013) at det er omdiskutert hvor mye informasjon pasienter bør få om eventuelle senvirkninger da det ikke er sikkert man blir rammet og at fokuset på sekundær kreftsykdom kan dominere hverdagen i for stor grad. Jeg tenker at det er deler av sykepleiers ansvar å identifisere hver enkelt pasients behov for informasjon.

Dahl skriver (2013) at angst for tilbakefall er vanligere hos unge kreftpasienter til tross for gode prognoser. Dette kan tyde på den enorme rystelsen det er å få kreft som ung. I Hazelton (2008) sin forskning hevdes det at unge med kreft kan trenge ekstra rehabiliterende innsats og at de er en oversett gruppe sådan. Det beskrives at problemet ligger i kreftsykdom som tilsynelatende kommer ut av det blå og at det å ikke ha noen forklaring på hvor sykdommen kommer ifra skaper tanker om at den like godt kan komme tilbake igjen. Det kan være at helsepersonell har for lite fokus på de psykiske reaksjonene som kan oppstå etter somatisk sykdom, og at det burde vært av samme prioritet som fysiske senvirkninger. Dahl (2013) skriver at helseangst synes heller ikke å være avhengig av tid fra kreftdiagnose. Dette kan tyde på at vi kanskje undervurderer de psykiske senvirkningene av kreft i ung alder og at de unge guttene med testikkelkreft er en gruppe med særlige behov. Dette understøttes av Agger (2002) som skriver at rystelsen preget de resten av livet til tross for at de var erklært friske. Hazelton (2008) beskriver at unge mennesker har vanskeligheter med å legge opplevelsen bak seg.

5. KONKLUSJON

Jeg har gjennom oppgaven forsøkt å tydeliggjøre hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med cancer testis på sykehus og belyse hvilke elementer omsorgsbegrepet består av. Det presenteres en oppsummering og konklusjon på bakgrunn av dette.

En forutsetning for ivaretagelse kan være at sykepleiere seg i mellom og pasienter ikke tolker begrepet forskjellig. Litteraturen viser til at det er ulike oppfatninger av omsorgsbegrepet både hos pasienter og sykepleiere. Det kan virke som at sykepleiere legger vekt på elementer som mental og følelsesmessig tilstedeværelse for å definere hva omsorg er, mens pasientene legger vekt på klinisk kompetanse. Muligens kan man tenke at omsorg ikke kun handler om den affektive delen, men at vi må vektlegge det pasientene faktisk mener. Det kan være nærliggende å tenke at det pasientene oppgir som betydningsfullt for opplevelsen av omsorg, herunder ivaretagelse vil være det riktige.

Litteraturen tyder på at det er flere elementer som må være tilstede for å utøve omsorg. Klinisk kompetanse, faglig skjønn, individuell informasjon og kommunikasjon ser ut til å være av betydning. Disse elementene kan være med på å skape tillit mellom pasient og sykepleier og kan være essensielt for utviklingen av en trygg relasjon. Trygghet er en grunnleggende verdi som er truet ved innleggelse på sykehus, en verdi som kan styrkes gjennom omsorg.

Det er poengtert tidligere i oppgaven at behandling er den viktigste omsorgen vi kan gi pasienter på sykehus. Kreftbehandling er en sterk belastning, og kan være grunnen til at teknisk dyktighet er vektlagt av pasientene for opplevelsen av ivaretagelse. Det kan tyde på at utførelse av handlinger som pasienten er opptatt av vil kunne sørge for å ivareta pasientens behov for trygghet og omsorg, såfremt det ikke er uforenelig med faglig praksis.

Det stilles dermed krav til den enkelte sykepleiers kliniske kompetanse, faglige skjønn og holdninger i møte med den kreftsyke. Annerkjennelse og respekt for den enkelte pasient og deres individuelle behov kan bidra til ivaretagelse av den unge kreftsyke på sykehus.

REFERANSELISTE

- Agger, N.P. (2002). Seksualitet. I Appel Esbensen, B. *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv* (s.171-178). København: Munksgaard.
- Appel Esbensen, B. (2002). *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. København: Munksgaard.
- Brennhovd, B. (2012). Kirurgi ved testikkelkreft. *Oncolex*. Hentet 5. Februar 2015 fra <http://www.oncolex.no/no/Testikkel/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Kirurgi?lg=procedureGroup>
- Dahl, A.A. (2013). Psykiske symptomer og lidelser. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.127-140). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Espersen, B.T. (2002). Information til patient og pårørende. I Appel Esbensen, B. *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv* (s. 95-104). København: Munksgaard.
- Faulkner, A. & Maguire, P. (2007). *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Fosså, A., Hølmekbakk, T., Smeland, S. & Fosså, S.D. (2013). En oversikt over kreftbehandling. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.27-34). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 72-84). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Giersing, U. (2002). Når mennesket trues på livet. I Appel Esbensen, B. *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv* (s.31-42). København: Munksgaard.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A.A. (2013). Problemer med seksualitet. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.87-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Grov, E.K., Loge, J.H. & Dahl, A.A. (2013). Livskvalitet. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.151-157). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hazelton Hölge, B. (2008). Unge med kreft kalder på en særlig opmærksomhed. *Klinisk Sygepleje*, 22(4), 56-66.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kiserud, C. E., Magelssen, H., Fedorcsak, P., & Fosså, S. (2008). Gonadal funksjon etter kreftbehandling hos voksne menn. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 128(4), 461-5. http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1656891

Kreftforeningen. (2014). *Testikkelkreft, cancer testis*. Hentet 26. Januar 2015 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/testikkelkreft/>

Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 245-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lehne, G. (2012a). Om testikkelkreft. *Oncolox*. Hentet 5. Februar 2015 fra <http://www.oncolox.no/no/Testikkel>

Lehne, G. (2012b). Stadier ved testikkelkreft. *Oncolox*. Hentet 23. Januar 2015 fra <http://www.oncolox.no/no/Testikkel/Bakgrunn/Stadier>

Lehne, G. (2012c). Behandling av testikkelkreft. *Oncolox*. Hentet 5. Februar 2015 fra <http://www.oncolox.no/no/Testikkel/Prosedyre katalog/BEHANDLING?lg=procedureGroup>

Lehne, G. (2012d). Medikamentell behandling av testikkel kreft. *Oncolox*. Hentet 23. Januar 2015 fra <http://www.oncolox.no/no/Testikkel/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Medikamentell%20behandling?lg=procedureGroup>

Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. & Kiserud, C.E. (2013). Hvorfor en bok om kreftoverlevende. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (Red.). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.13-15). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Madsen, S. A. & Vahr, S. (2011). Kompetenceudvikling af sygepleje til mandlige kræftpasient. *Sygeplejersken*, (16), 64-67.
- Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Møller, B. & Langmark, F. (2013). Kreftoverlevelse i tall. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (Red.). *Kreftoverlevelse: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 17-26). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 1. feb. 2015 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient-og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Pedersen, B., Koktved, D.P. & Nielsen, L.L. (2013). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 27(3):715-23.
- Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 42-49). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stensvold, E., Magelssen, H. & Oskam, I. C. (2011). Fertilitetsbevarende tiltak hos gutter og unge menn med kreft. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 131(15), 1433-5. doi: 10.4045/tidsskr.11.0426
- Thisted, L.B. (2002). Body image. I Appel Esbensen, B. *Mennesker med kreft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv* (s.181-185). København: Munksgaard
- Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 106-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ursin, G. (2014). 30 099 nordmenn fikk kreft i 2012. *Kreftregisteret*. Hentet 25. Januar 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

VEDLEGG 1

Case

Kristian på 25 år har fått diagnostisert testikkelkreft. Han har fått påvist non-seminom cancer stadium II med metastaser til intraabdominale lymfeknuter og skal derfor ha supplerende behandling i form av kjemoterapi etter gjennomført orkiektomi (Lehne, 2012 b).

4- 6 uker senere vil Kristian få gjennomført et retroperitonealt glandeltoalett som er vanlig ved glandelmetastaser retroperitonealt (Lehne, 2012 c).

Kristian faller innunder såkalt god prognosegruppe da primærtumor befinner seg i testis og hans behandling har kurativ hensikt. Kristian og familien får beskjed om at det er gode prognoser, 92 prosent overlevelse etter fem år. Han har på nåværende tidspunkt gjennomgått en orkiektomi (Brennhovd, 2012). Kristian har også gjennomført kryopreservering av sæd som han fikk tilbud om ved nyoppdaget kreftsykdom. Kristian vil bli behandlet med kombinasjonskurer basert på cisplatin, etoposid og bleomycin. (Lehne, 2012 d). Han skal være innlagt på sykehuset 3-4 dager ved oppstart av kjemoterapien. Han har hilst på sin primærsykepleier som vil være hans kontaktsykepleier under sykdomsforløpet. Kristian får daglig besøk av sin mor og far. Hans søster kommer på besøk litt sjeldnere da hun er opptatt med studier. Familien står hverandre nærme. Kristian holder til daglig på med å skrive en masteroppgave, men han har sett seg nødt til å utsette den på ubestemt tid. Kristian har fortalt familien sin at da han fikk diagnosen dreide tankene hans seg rundt behandling, oppstart og bivirkninger av behandlingen. Nå som han har kommet litt videre i sykdomsforløpet sliter han mer med tanker om fremtiden, forhold til kamerater, tilbakefall av sykdommen, seksualitet og eventuelle ettervirkninger. Kristian opplever ofte at mengden av informasjon kan gå litt over hodet på han.